

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Allgemeine Hinweise

WiA



Die Beteiligung an dieser Umfrage ist freiwillig und anonym.
Bitte geben Sie keinen Namen oder Adresse an.

Ich bitte Sie, aufgrund einer maschinellen Auswertung, die Kreuze richtig in die Kästchen zu setzen mit einem gut leserlichen Stift. Vielen Dank für Ihr Verständnis

2. Persönliche Angaben

2.1 In welchem Jahr sind Sie geboren?

2.2 Geschlecht? Männlich Weiblich

2.3 Wohnen Sie seit Geburt in Bessenbach? Ja Nein

2.4 zu 2.3: Falls Sie nicht seit Geburt in Bessenbach wohnen, seit wann?

2.5 Sind Sie in Deutschland aufgewachsen? Ja Nein

2.6 zu 2.5: Falls Nein, in welchem Land?

2.7 Haben Sie Kinder? Ja Nein

2.8 zu 2.7: Falls Ja, wieviele?

2.9 Wo wohnen diese? (Mehrfachantworten möglich)

- Im gleichen Haus In der Nachbarschaft Am Ort
 Im Landkreis Weiter weg

3. Wohnverhältnis

3.1 Wohnen Sie alleine oder mit weiteren Personen zusammen? (Mehrfachantworten möglich)

- Alleine mit (Ehe-)Partner/in mit Kindern
 mit Anderen



3. Wohnverhältnis [Fortsetzung]

3.2 In welchen Wohnverhältnissen leben Sie?

- Miete
 Wohneigentum
 in einer Wohnung mit Wohnrecht (Nießbrauch)

3.3 Kommen Sie mit den räumlichen Gegebenheiten in Ihrer Wohnung / Ihrem Haus zurecht?

- Ja
 Nein

3.4 zu 3.3: Falls Nein, mit was haben Sie Schwierigkeiten?

- mit Treppe / Zugang zum Haus
 mit Stufen / Schwellen im Haus
 im Bad / Toilette
- Andere

3.5 zu 3.4: Falls Sie Andere angekreuzt haben, was macht Ihnen Schwierigkeiten?

3.6 Beabsichtigen Sie Ihre Wohnung/Ihr Haus altersgerecht (barrierefreier) umzubauen?

- Ja
 Nein

3.7 zu 3.6: Falls Ja, wieviel ist Ihnen der Umbau (in Euro) wert?

0
1000
2000

3.8 Es gibt verschiedene Formen des Wohnens. Haben Sie einmal darüber nachgedacht, wie Sie in Zukunft gerne wohnen würden?

- Nein, etwas anderes als die jetzige Wohnung kommt für mich nicht in Frage (--> Bitte weiter mit Frage 5.1)
 Ja, ich habe schon einmal darüber nachgedacht
 Ja, ich denke aktuell darüber nach

4. Falls für Sie eine andere Wohnform in Frage kommt, welche könnten Sie sich vorstellen?

- | | | | | | | |
|--|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| 4.1 ...in einer Wohnung, in der ich besser zurechtkomme und z.B. keine Treppen / Schwellen habe | sehr gerne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gar nicht gerne |
| 4.2 ...in einer Wohnung mit gesicherter Betreuung bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit | sehr gerne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gar nicht gerne |
| 4.3 ...in einer Haus- oder Wohngemeinschaft mit Gleichaltrigen | sehr gerne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gar nicht gerne |
| 4.4 in einer Haus- oder Wohngemeinschaft mit unterschiedlichen Altersgruppen, z.B. mit jüngeren Familien (jedoch nicht die eigenen Kinder) | sehr gerne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gar nicht gerne |
| 4.5 ...in einer stationären Altenpflegeeinrichtung | sehr gerne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gar nicht gerne |
| 4.6 ...für mich kommt etwas Anderes in Frage: | | | | | | |



5. Angebotsabfrage

5.1 Haben Sie sich schon über konkrete Einrichtungen / Wohnformen informiert (z.B. Prospekte angefordert, Einrichtungen besucht)?

- Ja Nein

5.2 zu 5.1: Falls Ja (Mehrfachantworten möglich)

- Ambulante Dienste Tagespflegeeinrichtungen Kurzzeitpflegeeinrichtungen
 Stationäre Pflegeheime Betreutes Wohnen Andere

5.3 zu 5.2: Falls Andere, welche

6. Sind Ihrer Meinung nach in Bessenbach folgende Angebote ausreichend vorhanden?

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| 6.1 Ambulante Pflegedienste | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| 6.2 Tagespflegeeinrichtungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| 6.3 Kurzzeitpflegeeinrichtungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| 6.4 Stationäre Heime | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| 6.5 Betreutes Wohnen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |

7. Hilfsangebotabfrage

7.1 Erhalten Sie bereits Hilfen im Alltag, Haushalt oder bei der Pflege?

- Ja Nein

7.2 zu 7.1: Falls Ja, um welche Hilfen handelt es sich? (Mehrfachantworten möglich)

- Hilfe beim Einkaufen Hilfe im Haushalt Hilfe im Garten
 Fahrservice Hausnotrufsystem Pflege
 Bankgeschäfte Hilfe bei Behördengängen / Schriftverkehr Betreuung eines Haustieres
 Andere Hilfen

7.3 zu 7.2: Falls Andere Hilfen, welche?

7.4 zu 7.1: Falls Ja, wer leistet diese Hilfen? (Mehrfachantworten möglich)

- (Ehe-)Partner/in (Schwieger-)Tochter / Sohn Enkel
 Freunde / Bekannte Ambulanter Dienst / Sozialstation Nachbarschaftshilfe
 Haushaltshilfe Nachbarn Andere

7.5 zu 7.4: Falls Andere, wer übernimmt die Hilfe?

7.6 zu 7.1: Falls Nein, warum nicht?

- Finanzielle Gründe Ich weiß nicht, an wen ich mich wenden soll Andere Gründe



7. Hilfsangebotabfrage [Fortsetzung]

7.7 zu 7.6: Falls Andere Gründe, welche?

7.8 An wen wenden Sie sich, wenn Sie Fragen zum Thema Älterwerden, Behinderung, Pflege oder Betreuung haben? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Soziale Einrichtungen |
| <input type="checkbox"/> Freundeskreis | <input type="checkbox"/> Örtl. Seniorenkreis | <input type="checkbox"/> Beratungsstellen |
| <input type="checkbox"/> Gemeinde | <input type="checkbox"/> Landratsamt | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Andere | | |

7.9 zu 7.8: Falls Andere, welche?

7.10 Halten Sie das vorhandene Beratungsangebot für ausreichend?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen |
|-----------------------------|-------------------------------|--|

7.11 Wie informieren Sie sich über Angebote und Dienste? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Zeitung | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Gemeindeblatt |
| <input type="checkbox"/> Bekannte / Freunde | <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Örtl. Seniorenkreis |
| <input type="checkbox"/> Anderes | | |

7.12 zu 7.11: Falls Anderes, wie informieren Sie sich?

8. Schwierigkeiten und Fortbewegungsmittel

8.1 Auf welche Schwierigkeiten treffen Sie, wenn Sie in der Gemeinde unterwegs sind? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nicht abgesenkte Bordsteine | <input type="checkbox"/> Keine Ruhemöglichkeiten (z.B. Bänke) | <input type="checkbox"/> Unebener Bodenbelag |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Fußgängerüberwege | <input type="checkbox"/> Fehlende öffentliche Toiletten | <input type="checkbox"/> Zugeparkte Gehsteige |
| <input type="checkbox"/> Mangelndes / nicht nutzbares Angebot im Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) | <input type="checkbox"/> Öffentliche Gebäude ohne barrierefreien Zugang | <input type="checkbox"/> Unsichere, vielbefahrene Straßenübergänge |
| <input type="checkbox"/> Andere | | |

8.2 zu 8.1: Falls Andere, welche?



8. Schwierigkeiten und Fortbewegungsmittel [Fortsetzung]

8.3 Welche Verkehrs- und Fortbewegungsmittel nutzen Sie, wenn Sie unterwegs sind, z.B. zum Einkaufen oder zum Arzt? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zu Fuß | <input type="checkbox"/> Fahrrad | <input type="checkbox"/> Fahre selbst Auto |
| <input type="checkbox"/> Bus | <input type="checkbox"/> Taxi | <input type="checkbox"/> (E-)Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Behindertenfahrdienste | <input type="checkbox"/> Private Mitfahrgelegenheit |
| <input type="checkbox"/> Andere | | |

8.4 zu 8.3: Falls Andere, welche?

9. Wie können Sie folgende Einrichtungen erreichen? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | | |
|-------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| 9.1 Lebensmittelgeschäft | <input type="checkbox"/> Ich werde gefahren | <input type="checkbox"/> Zu Fuß/mit dem Fahrrad | <input type="checkbox"/> Mit dem Auto |
| | <input type="checkbox"/> Mit Bus | <input type="checkbox"/> Gar nicht | |
| 9.2 Apotheke | <input type="checkbox"/> Ich werde gefahren | <input type="checkbox"/> Zu Fuß/mit dem Fahrrad | <input type="checkbox"/> Mit dem Auto |
| | <input type="checkbox"/> Mit Bus | <input type="checkbox"/> Gar nicht | |
| 9.3 Bank / Sparkasse | <input type="checkbox"/> Ich werde gefahren | <input type="checkbox"/> Zu Fuß/mit dem Fahrrad | <input type="checkbox"/> Mit dem Auto |
| | <input type="checkbox"/> Mit Bus | <input type="checkbox"/> Gar nicht | |
| 9.4 Gastwirtschaft | <input type="checkbox"/> Ich werde gefahren | <input type="checkbox"/> Zu Fuß/mit dem Fahrrad | <input type="checkbox"/> Mit dem Auto |
| | <input type="checkbox"/> Mit Bus | <input type="checkbox"/> Gar nicht | |
| 9.5 Ärzte | <input type="checkbox"/> Ich werde gefahren | <input type="checkbox"/> Zu Fuß/mit dem Fahrrad | <input type="checkbox"/> Mit dem Auto |
| | <input type="checkbox"/> Mit Bus | <input type="checkbox"/> Gar nicht | |
| 9.6 Kirche | <input type="checkbox"/> Ich werde gefahren | <input type="checkbox"/> Zu Fuß/mit dem Fahrrad | <input type="checkbox"/> Mit dem Auto |
| | <input type="checkbox"/> mit Bus | <input type="checkbox"/> Gar nicht | |
| 9.7 Bushaltestelle | <input type="checkbox"/> Ich werde gefahren | <input type="checkbox"/> Zu Fuß/mit dem Fahrrad | <input type="checkbox"/> Mit dem Auto |
| | <input type="checkbox"/> Mit Bus | <input type="checkbox"/> Gar nicht | |
| 9.8 Rathaus | <input type="checkbox"/> Ich werde gefahren | <input type="checkbox"/> Zu Fuß/mit dem Fahrrad | <input type="checkbox"/> Mit dem Auto |
| | <input type="checkbox"/> Mit Bus | <input type="checkbox"/> Gar nicht | |
| 9.9 Frisör | <input type="checkbox"/> Ich werde gefahren | <input type="checkbox"/> Zu Fuß/mit dem Fahrrad | <input type="checkbox"/> Mit dem Auto |
| | <input type="checkbox"/> Mit Bus | <input type="checkbox"/> Gar nicht | |
| 9.10 Örtl. Seniorennachmittag | <input type="checkbox"/> Ich werde gefahren | <input type="checkbox"/> Zu Fuß/mit dem Fahrrad | <input type="checkbox"/> Mit dem Auto |
| | <input type="checkbox"/> Mit Bus | <input type="checkbox"/> Gar nicht | |



10. Spezielle Abfragen I

10.1 Welche Versorgungseinrichtungen oder Angebote vermissen Sie in Bessenbach?

(Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geschäfte des täglichen Bedarfs | <input type="checkbox"/> Treffpunkt (Wirtshaus, Café, etc.) | <input type="checkbox"/> Ärzte |
| <input type="checkbox"/> Fahrdienst | <input type="checkbox"/> Angebot für Ältere und Angehörige (Freizeitangebote, Beratungsangebote, Austausch, etc.) | <input type="checkbox"/> Anbindung an die öffentlichen Verkehrsmittel |
| <input type="checkbox"/> Ich vermisse keine Angebote | <input type="checkbox"/> Andere | |

10.2 zu 10.1: Falls Andere, welche?

10.3 Sind Ihnen in Ihrer Gemeinde Angebote für ältere Menschen, z.B. Seniorenkreise, Informationsveranstaltungen, Ausflüge, etc., bekannt?

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, vom Hörensagen | <input type="checkbox"/> Ja, bereits in Anspruch genommen | <input type="checkbox"/> Nein |
|---|---|-------------------------------|

10.4 Halten Sie die Angebote für ausreichend?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Kann ich nicht beurteilen |
|-----------------------------|-------------------------------|--|

10.5 zu 10.4: Falls Nein, welche Angebote fehlen Ihnen?

10.6 Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrer Lebens- und Wohnsituation?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sehr zufrieden | <input type="checkbox"/> Zufrieden | <input type="checkbox"/> Hält sich die Waage |
| <input type="checkbox"/> Unzufrieden | <input type="checkbox"/> Sehr unzufrieden | |

10.7 zu 10.6: Hier können Sie die Antwort genauer erläutern

10.8 Wenn Sie an die Zukunft denken, was macht Ihnen am meisten Sorgen? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Finanzielle Dinge | <input type="checkbox"/> Verlustängste | <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Probleme |
| <input type="checkbox"/> Angst vor dem Tod | <input type="checkbox"/> Angst vor Einsamkeit | <input type="checkbox"/> Fehlende Mobilität |
| <input type="checkbox"/> Habe keine Sorgen | <input type="checkbox"/> Habe mir noch keine Gedanken darüber gemacht | <input type="checkbox"/> Andere |

10.9 zu 10.8: Falls Anderes, was beschäftigt Sie?



11. Spezielle Abfragen II

11.1 Was tun Sie persönlich, um Geist und Körper aktiv fit zu halten? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich betätige mich sportlich | <input type="checkbox"/> Ich besuche gesundheitsorientierte Vorträge | <input type="checkbox"/> Ich pflege regelmäßig soziale Kontakte |
| <input type="checkbox"/> Ich nehme medizinische Vorsorge wahr | <input type="checkbox"/> Ich lese, löse Rätsel etc. | <input type="checkbox"/> Ich ernähre mich gesund |
| <input type="checkbox"/> Anderes | | |

11.2 Zu 11.1: Falls Anderes, was tun Sie?

11.3 Haben Sie eine Behinderung, die vom Versorgungsamt amtlich anerkannt ist?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ich habe einen Behindertenausweis |
|-----------------------------|-------------------------------|--|

11.4 Liegt bei Ihnen eine Pflegestufe nach dem Pflegeversicherungsgesetz vor?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Beantragt | <input type="checkbox"/> Pflegestufe 0 |
| <input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 | <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 | <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 |

11.5 Benötigen Sie eines der folgenden Hilfsmittel, wenn Sie unterwegs sind?

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Gehhilfe | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Andere | |

11.6 zu 11.5: Falls Andere, welche Hilfsmittel nutzen Sie?

11.7 Falls Ihre Kinder in der Nähe wohnen: Denken Sie, dass diese Sie unterstützen würden, wenn Sie Hilfe brauchen? (z.B. Einkauf, Haushalt, zum Arzt fahren, etc.)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, sie unterstützen mich bereits regelmäßig | <input type="checkbox"/> Ja, sie würden mich unterstützen | <input type="checkbox"/> Ich möchte nicht von meinen Kindern abhängig sein |
| <input type="checkbox"/> Nein, sie würden / können mich nicht unterstützen | | |

11.8 zu 11.7: Falls Nein, warum können sie Sie nicht unterstützen

12. Wie geht es Ihnen in Ihrer Wohngegend?

- | | | | | | | | |
|---|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| 12.1 Wie wohl fühlen Sie sich in Ihrer Wohngegend insgesamt gesehen? | sehr gut | <input type="checkbox"/> | gar nicht gut |
| 12.2 Fühlen Sie sich in Ihrer Gemeinde eingebunden? | sehr gut | <input type="checkbox"/> | gar nicht gut |
| 12.3 Wie beurteilen Sie die für Sie notwendigen Angebote am Ort? | sehr gut | <input type="checkbox"/> | gar nicht gut |
| 12.4 Wie gut erreichen Sie alle für Sie wichtigen Orte in Ihrer Gemeinde? | sehr gut | <input type="checkbox"/> | gar nicht gut |



